

DE'S
ÉPITHÉLIOMAS DE LA FACE
PROPAGES AUX OS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL TRASSAGNAC

Né le 9 Avril 1872, à Cherveix (Dordogne).

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDICINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DES
ÉPITHÉLIOMAS DE LA FACE
PROPAGÉS AUX OS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL TRASSAGNAC

Né le 9 Avril 1872, à Cherveix (Dordogne).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVÉAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYEN.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON M., Président; M. MORAT, Assesseur; MM. CONDAMIN et CURTILLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR TESTUT

A M. LE DOCTEUR ALBERTIN

A MES CAMARADES DE PROMOTION

PRÉFACE

Avant de quitter la Faculté de Lyon, nous voulons exprimer à M. le professeur Maurice Pollosson dans le service duquel nous avons passé deux années fructueuses pour notre instruction clinique, toute l'admiration que nous éprouvons pour ce savant maître dont la sûreté de diagnostic égale l'habileté opératoire. C'est lui qui nous a fourni le sujet et les principaux éléments de notre thèse ; c'est encore lui qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, nous ne l'oublierons pas, et nous voulons l'assurer de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Testut qui, sans presque nous connaître, nous a fait un accueil affable et bienveillant, et qui dans une circonstance ne nous a pas ménagé son appui, a non seulement droit à notre reconnaissance,

mais encore à notre respectueuse affection. Nous le prions de vouloir bien accepter l'une et l'autre.

M. le professeur agrégé Rollet qui a bien voulu nous permettre de recueillir une observation dans son service et qui nous a communiqué quelques documents, a droit à tous nos remerciements.

M. le Dr Albertin nous a fourni une grande partie des éléments de notre thèse ; il nous a inspiré plusieurs idées que nous y exposons. C'est lui qui nous a donné le plan de notre modeste travail, et qui nous a prodigué les conseils pour le mener à bonne fin. Nous l'en remercions bien vivement et bien sincèrement.

M. le Dr Martin a mis à notre disposition, avec sa bonne grâce habituelle, les appareils de prothèse qu'il qu'il avait placés au malade de l'observation VII, et il nous a longuement expliqué sa méthode. Nous voulons l'assurer de notre gratitude.

Enfin, nous n'aurions garde d'oublier ceux de nos chefs militaires qui se sont intéressés à nous, et qui ont guidé nos premiers pas incertains dans les sentiers ardu de la clinique, et parmi eux, M. le médecin-major de 1^{re} classe Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a tout spécialement droit à notre reconnaissance.

Nos camarades de promotion, par leur gaité et leur entrain, nous ont aidé à supporter les ennuis que nous avons eus pendant ces trois années d'Ecole. Nous les en remercions.

DES

ÉPITHÉLIOMAS DE LA FACE

PROPAGÉS AUX OS

CHAPITRE PREMIER

Notions générales sur les épithéliomas de la face : Etiologie. Anatomie pathologique. Evolution. Propagation au tissu osseux.

Les épithéliomas sont extrêmement fréquents à la face, comme du reste sur toutes les parties du corps qui sont soumises à des irritations fréquentes de la part des agents extérieurs. C'est tout ce que nous savons sur leur étiologie et leur pathogénie ; et si l'on s'accorde aujourd'hui à croire à la nature parasitaire du cancer, jusqu'ici du moins cette croyance ne repose que sur des hypothèses. Quoi qu'il en soit, nous savons que l'épithélioma de la face est beaucoup plus fréquent à la campagne qu'à la ville, chez les paysans malpropres que chez les ouvriers habitués aux soins de la toilette, que les irritations de toute nature sur la peau et les muqueuses prédisposent à son développement. C'est ainsi que les fumeurs de pipe, surtout les amateurs du « brûle-gueule », voient souvent se

développer sur eux le cancroïde de la lèvre inférieure, que les anciennes loupes ulcérées, les fistules, les cicatrices, les sétons dont on entretient soigneusement la suppuration, les vieux foyers pathologiques enfin, subissent souvent la transformation cancéreuse. C'est encore pour cette raison qu'il n'est pas rare de voir une verrue, un bouton irrités par des grattages continuels ou par le rasoir, dégénérer et se transformer en épithélioma. Mais toutes ces causes n'agissent que comme conditions prédisposantes, et pour qu'un cancroïde s'établisse en un point du visage, il faut d'autres raisons moins banales, qui nous sont inconnues, mais qui n'en existent pas moins.

Tous les épithéliomas de la face appartiennent au type *pavimenteux*, les uns sont *pavimenteux tubulés*, les autres *pavimenteux lobulés*. L'épithélioma tubulé, appelé *cylindroma* par Billroth, *polyadénome* par Broca, tumeur *hétéradénique* par Robin, *polyadénome sudoripare* par Verneuil est constitué par des tubes plus ou moins anastomosés les uns avec les autres, remplis de cellules épithéliales embryonnaires qui ne subissent pas l'évolution cornée. A la face, il prend souvent naissance dans les glandes sudoripares.

L'épithélioma *pavimenteux lobulé* (*cancer friable* de Cruveilhier) est constitué par des lobules dont les cellules sont disposées dans le même ordre que celles de la peau, mais en sens inverse. L'évolution cornée se fait de dehors en dedans, et les éléments sont empilés au centre en couches concentriques formant des *globes cornés* ayant la même constitution que l'épiderme. Ces éléments peuvent dans certaines conditions se ramollir au centre; de là, deux variétés, l'épithélioma *corné* et l'épithélioma *mu-*

queux. Une troisième forme est l'épithélioma *perlé*. Il diffère de l'épithélioma lobulé en ce que les cellules qui le composent, au lieu de présenter les divers stades que l'on trouve du corps muqueux de Malpighi à l'épiderme, sont uniquement des cellules cornées disposées en couches concentriques comme un bulbe d'oignon. C'est une forme très rare et Cornil et Ranvier n'ont pu en retrouver que trois cas.

Malherbe et Chenantais ont signalé aussi à la face une forme d'épithélioma appelé par eux *épithéliome calcifié*, formé d'une trame conjonctive et de cellules épithéliales subissant la dégénérescence calcaire.

Mais ces deux dernières formes sont des exceptions, et il importe de ne s'occuper ici que des épithéliomas lobulés et tubulés qui constituent à peu près toutes les tumeurs que l'on rencontre à la face.

On sait depuis assez longtemps que les épithéliomas tubulés de la peau sont moins graves que les épithéliomas lobulés. Verneuil appelait les premiers des adénomes sudoripares et il insistait sur leur bénignité relative. Depuis, on a trouvé des épithéliomas tubulés dans beaucoup d'organes où il n'y a pas de glandes sudoripares (utérus, mamelle, voile du palais, sinus maxillaire) et ils évoluent alors comme des cancers très malins, mais il est certain qu'à la peau du visage ils sont souvent d'une grande bénignité. Dans un travail récent publié dans le *Lyon médical*, le D^r Lagoutte a bien mis ce fait en évidence. Il cite 9 observations d'épithéliomas de la face dont le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique ; 6 appartenaient au type tubulé et 3 au type lobulé, et il fait remarquer que ces derniers avaient une marche

rapide et une allure grave, tandis que les premiers étaient plutôt des ulcères torpides ayant débuté 3, 8 et même 10 ans auparavant, que de véritables cancers.

Aussi voyons-nous que les cancroïdes situés près des muqueuses, et qui sont remarquables par leur grande malignité, appartiennent le plus souvent à la classe des épithéliomas pavimenteux lobulés.

Cependant, il ne faudrait pas attacher une importance absolue à cette division anatomo-pathologique qui, du reste, est un peu artificielle, comme le fait remarquer M. le professeur Bard. En général, le type lobulé est plus grave que le type tubulé, mais n'avons-nous pas vu que ce dernier, lorsqu'il se trouve ailleurs qu'à la peau, peut prendre les caractères d'un cancer d'une grande malignité ? Et, du reste, n'observons-nous pas tous les jours dans les hôpitaux, des malades porteurs de vieux cancroïdes de la face qui étaient restés stationnaires pendant des années, et qui, tout à coup, souvent sans cause apparente, s'étaient mis à prendre une marche envahissante et rapide, dénotant une grande malignité ?

Ces restrictions faites, il faut bien cependant reconnaître qu'au point de vue clinique on trouve à la face deux formes d'épithéliomas, l'une grave et à évolution rapide, l'autre relativement bénigne et à évolution souvent très lente. Lebert, en 1851, refusait même à cette dernière forme toute malignité ; alors qu'il donnait le nom de *cancer* à la première, il appelait la seconde *cancroïde*, et il entendait par là, les différencier radicalement, l'une étant maligne et s'accompagnant de cachexie et de généralisations, l'autre étant bénigne et n'amenant jamais ni cachexie ni généralisation. Il avait trouvé en outre au

microscope entre ces deux formes des différences de structure histologique qui, selon lui, venaient à l'appui de sa théorie. Bien qu'on n'admette plus une différence de nature aussi tranchée entre les diverses formes d'épithéliomas que l'on observe à la face, le fait clinique signalé par Lebert reste vrai. Les Anglais ont même donné un nom spécial (Jacob's Ulcers, Rodent Ulcers) à ces cancroïdes qui s'étendent régulièrement en rongant pour ainsi dire tous les tissus environnants sans amener pendant longtemps de retentissements sur l'état général.

Ces deux formes ne se rencontrent pas partout avec la même fréquence. Il semble que la malignité de l'épithélioma varie avec le lieu où il prend naissance. Lorsqu'il siège sur les muqueuses qui bordent les orifices naturels, son allure est en général très rapide. C'est ainsi que l'on signale partout la gravité du cancroïde de la lèvre inférieure, de la commissure, et que D. Mollière, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, a attiré l'attention sur la terrible malignité du cancroïde de l'angle interne de l'œil.

Ne pourrait-on pas, comme le fait M. le professeur Pollosson dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, expliquer cette différence de malignité des épithéliomas de la face par ce fait que, près des orifices naturels, ils sont beaucoup plus fréquemment soumis à des irritations diverses et multiples de la part des sécrétions ou des matières alimentaires qu'à la face proprement dite? Et du reste, ne remarquons-nous pas la détestable influence qu'exercent les applications de caustiques, de pommades ou d'onguents de toute sorte sur les cancroïdes de la face, et l'allure rapide et grave qu'ils ne tardent pas à prendre par ce fait, quelle que soit leur bénignité apparente?

Tous les épithéliomas de la face ont pour caractère essentiel de s'accroître indéfiniment et de ne pas avoir de tendance à la régression spontanée. Cependant, on cite quelques cas d'épithéliomas cicatrisants. Dans ses cliniques, M. Pollosson en cite un cas très remarquable qu'il avait observé dans le service de M. le professeur Ollier, dont il était alors le chef de clinique. Mais ces faits sont très exceptionnels.

Les cancroïdes à marche lente, torpide, se développent aux dépens des tissus environnants qu'ils rongent en quelque sorte, et les bourgeons épithéliaux se propagent lentement dans les muscles, cartilages, os, nerfs, etc... Les ganglions voisins qui ne sont pas toujours engorgés au début, finissent par se prendre, au bout d'un temps très long parfois. Le chirurgien intervient-il et enlève-t-il toutes les parties malades, le mal peut ne pas reparaître, mais c'est la grande exception, et plus souvent, il se produit une récurrence *in situ*, plus rarement dans les ganglions voisins. L'évolution continue, et quelquefois tout un côté du visage a disparu; les fosses nasales, le plancher de la bouche, le pharynx sont quelquefois à nu sans que la santé du malade soit atteinte profondément, pourvu toutefois qu'on s'abstienne de toute application irritante. Pendant ce temps les douleurs sont souvent atroces par suite de l'envahissement des cordons nerveux par le néoplasme, les hémorragies sont fréquentes, et par leur abondance et leur répétition, elles mettent souvent la vie du malade en danger. L'alimentation est difficile, et toutes ces causes réunies finissent par emporter le malade.

Les cancroïdes à marche rapide s'accroissent également aux dépens des tissus environnants qu'ils détruisent par

suite du même processus. Mais, en outre, ils envahissent les ganglions voisins dès le début. Il n'est même pas rare (et nous en avons observé plusieurs cas), qu'un épithélioma presque imperceptible, ne révélant sa présence que par quelques croûtes recouvrant une petite ulcération, s'accompagne d'une adénite énorme, ulcérée, marchant enfin avec une rapidité et une malignité beaucoup plus grandes que le mal primitif. D'une dureté ligneuse caractéristique au début, ils augmentent rapidement de volume et se ramollissent. Le tissu cellulaire qui les entoure s'infiltré à son tour de cellules épithéliales ; les ganglions d'un même groupe finissent par se réunir et forment un gros gâteau irrégulier qui ne tarde pas à adhérer à la peau. Celle-ci s'ulcère, et l'ulcération a tous les caractères d'un épithélioma qui évolue à son tour comme le premier. La récurrence après intervention se produit souvent *in situ* comme dans le premier cas, mais souvent aussi elle a lieu dans les ganglions. « En opérant les malades, vous les guérissez de leur cancroïde, mais vous ne les guérissez pas de ses conséquences » (D. Mollière). Dans cette forme, la terminaison est fatale, soit par généralisation, ce qui s'est vu quelquefois, soit plus souvent par cachexie cancéreuse et envahissement rapide des organes environnants.

Il importe de bien connaître les divers groupes ganglionnaires qui peuvent être envahis à la face et au cou par les cellules cancéreuses. A la face on a le ganglion préauriculaire en avant et un peu au-dessous du tragus. M. Vigier dans sa thèse inaugurale (*Des adénites géniennes*) faite sous l'inspiration de M. le professeur Poncet a signalé l'existence de ganglions géniens en avant du masséter. Ces ganglions au nombre de 2 ou 3 sont pris

dans les cas de cancroïdes de la pommette, de la tempe, de la lèvre inférieure (M. Pollosson). Sous le maxillaire inférieur, il y a trois groupes ganglionnaires importants, le groupe sus-hyoïdien, le groupe sous-maxillaire, situé dans la loge sous-maxillaire et dont les ganglions sont appliqués contre la face interne du corps du maxillaire, le groupe parotidien formé de plusieurs ganglions dont beaucoup sont inclus dans la glande elle-même. Dans certains cas d'épithéliomas très étendus de la face, on peut trouver les ganglions de la chaîne carotidienne envahis. Enfin, dans certains cas, comme nous le signalons dans notre observation VIII, on observe des récives dans les tissus lymphatiques péripharyngiens.

La peau de la face n'est séparée du squelette que par des muscles peu volumineux. En certains endroits même, elle repose presque directement sur l'os; telles sont les régions du front et de la pommette. Aussi est-ce à la face qu'on observe le plus souvent des propagations du cancroïde à l'os. Mais remarquons tout de suite que cet envahissement ne se fait pas d'une façon élective, comme pour les ganglions, mais bien par suite de l'extension en profondeur du néoplasme. Cette remarque est importante au point de vue de l'intervention, car il en résulte que la récive n'aura pas lieu dans le tissu osseux, pourvu que la portion malade soit enlevée en totalité. Lebert dans ses statistiques nous dit que le cancroïde de la face se propage à l'os dans 1/6 des cas. En réalité, il envahit l'os bien plus souvent, et sa marche envahissante le conduit au bout d'un temps plus ou moins long au contact du périoste qui, loin d'être une barrière pour lui, lui sert de trait d'union pour gagner le tissu osseux.

Dans certains cas de récidives *in situ* de cancroïdes, la cicatrice de la première opération est adhérente au périoste, les cellules cancéreuses infiltrent cette cicatrice, la suivent et arrivent ainsi au périoste, et de là à l'os. Il en est de même dans les cas où on a fait des extirpations ganglionnaires incomplètes. Le périoste qui n'est pas loin en général, s'infecte, et l'os est encore envahi.

Il est une autre cause qui, à la face, explique dans certains cas la propagation des cancroïdes au squelette : Les nerfs, en beaucoup d'endroits, doivent suivre un canal osseux avant de s'épanouir à la peau, et cette disposition anatomique joue un grand rôle pour l'émigration des cellules cancéreuses dans le tissu osseux. M. le professeur M. Pollosson a insisté tout spécialement sur cette cause dans ses cliniques. Si un épithélioma se développe au niveau du point d'émergence de ces rameaux nerveux, les cellules cancéreuses en envahissant les tissus environnants, gagnent la gaine du nerf, s'infiltrent dans cette gaine et, trouvant un chemin tout tracé, le suivent jusqu'à l'os qui est envahi à son tour. Cette forme est l'*épithélioma térébrant* qui a pour caractères de s'étendre plutôt en profondeur qu'en surface, et d'envahir au début une étendue d'os bien limitée. C'est ainsi que l'os malaire par le filet du rameau temporo-malaire, le maxillaire supérieur par le bouquet sous-orbitaire, le maxillaire inférieur par le nerf mentonnier sont souvent envahis lorsque l'épithélioma siège à la pommette, à la région sous-palpébrale ou au menton.

Il est aussi une autre condition anatomique qui facilite l'envahissement de l'os par les cellules cancéreuses, c'est la disposition de certains groupes ganglionnaires accolés

pour ainsi dire au squelette. Quand ils se ramollissent, les cellules cancéreuses se répandent dans le tissu cellulaire qui les entoure, le périoste qui est adjacent s'infiltré à son tour et l'os est envahi en dernier lieu. Tel est le cas des ganglions sous-maxillaires qui, tous situés dans la loge maxillaire, sont appliqués profondément à la face interne du maxillaire inférieur. Or, on sait combien ces ganglions sont souvent engorgés lorsque l'épithélioma siège à la lèvre ou à la partie inférieure du visage. Aussi, le maxillaire inférieur est-il beaucoup plus souvent envahi par le néoplasme que le maxillaire supérieur, et il est très fréquent de le voir envahi secondairement par le mécanisme que nous venons de décrire. N'oublions pas de rappeler aussi que D. Mollière dans ses cliniques a signalé la grande fréquence de la propagation au squelette du cancroïde de l'angle interne. Les voies lacrymales très rapprochées sont très vite atteintes par le néoplasme, et les cellules cancéreuses suivant le canal lacrymal ne tardent pas à envahir les parois du canal, c'est-à-dire le maxillaire supérieur.

La propagation de l'épithélioma au squelette aggrave-t-elle son pronostic ? On peut dire que, d'une façon générale, la marche de la maladie n'est pas influencée par ce fait, et que par conséquent elle n'acquiert pas de ce chef, une allure plus rapide et plus grave. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est des régions de la face, comme le front et l'orbite, où la proximité d'un organe tel que le cerveau expose le malheureux cancéreux à tous les accidents d'une propagation à l'encéphale, c'est-à-dire aux crises d'épilepsie jacksonienne, à la méningo-encéphalite, etc.

Nous en citons un exemple dans l'observation XI. Mais outre cela, il est certain que l'extension de l'épithélioma à l'os diminue les chances de guérison du malade, car l'opération n'est plus simple comme elle l'aurait été au début. La nécessité où l'on est de réséquer une grande partie de l'os malade, si l'on veut faire une opération réellement curative, les grands délabrements que l'on est obligé quelquefois de pratiquer dans les parties molles de la face, mettent pendant longtemps le malade dans l'impossibilité de s'alimenter aisément et sont une cause d'affaiblissement que tous les sujets ne peuvent pas toujours supporter.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale. — Manuel opératoire.

Faut-il opérer les cancroïdes de la face propagés aux os sous-jacents ? On s'accorde aujourd'hui à dire qu'il est des cas opérables et d'autres inopérables, et pour établir cette division, on se base sur l'étendue de la lésion, le siège qu'elle occupe, l'envahissement des ganglions voisins, l'âge et l'état général du malade. Ce n'est qu'après avoir pesé attentivement toutes ces raisons, que le chirurgien doit se déterminer à l'intervention ou à l'abstention. Mais auparavant, il doit écarter toute idée systématique qui lui conseille d'agir plutôt d'une façon que d'une autre. Autrefois, on n'opérait jamais les cancers d'une certaine étendue surtout lorsqu'ils étaient propagés au squelette sous-jacent, pour deux raisons, l'une appuyée sur l'observation clinique qui avait fait appeler ces cancers de la face des *noli me tangere*, l'autre sur les complications fréquentes

qui rendaient en ce moment les plaies chirurgicales si redoutables. Aujourd'hui, le second danger n'existe pas, l'antisepsie a fait disparaître les complications des plaies, et le chirurgien se laisse aller bien plus souvent qu'autrefois à tenter des opérations très étendues. Nous avons la conviction que ce n'est que dans des cas assez peu nombreux que le malade retire un bénéfice de l'intervention, et, malheureusement aussi dans beaucoup de circonstances, l'opération ne pouvant être complète, ne fait qu'irriter le mal et précipite sa marche au lieu de l'enrayer. Mais, il est des cas où l'on peut compter sur une guérison ou du moins sur une amélioration; nous en citons quelques exemples, et le chirurgien serait inexcusable de ne pas procurer au malade cette chance de salut. Aussi, nous nous proposons d'étudier, avec autant de netteté que nous le pourrons, les indications et les contre-indications opératoires.

Avant tout, nous devons remarquer que les cancroïdes de la face propagés au squelette ne récidivent pas dans celui-ci, si l'on a réséqué l'os bien largement au delà de la portion malade. Le danger de récurrence se trouve dans les ganglions. Donc l'envahissement osseux ne constitue pas une contre-indication. On peut se demander si dans les cas où l'os est atteint dans une vaste étendue, il est opportun d'intervenir. Nous répondrons encore que l'intervention s'impose, toujours avec les mêmes restrictions, c'est-à-dire qu'on puisse facilement sacrifier tout le segment osseux envahi. Nous citons des observations qui prouvent ceci très clairement. M. le professeur Pollosson (obs. I), a pu enlever le maxillaire supérieur tout entier sans qu'il se soit produit de récurrence onze mois après, et sans que

cette opération ait donné lieu à aucun accident. M. le Dr Albertin (observation VII) a fait la résection de presque tout l'arc antérieur du maxillaire inférieur chez un malade qui, deux ans après, ne présentait aucune récurrence et avait une santé parfaite. L'observation XII nous montre un cas analogue. Le malade dont il s'agit a été revu en octobre 1894, c'est-à-dire quatre ans et demi après et son état général est excellent.

Il est une autre indication tirée de l'état des parties molles environnantes, c'est l'étendue limitée du néoplasme. On observe, comme nous l'avons vu, à la face, des variétés d'épithéliomas qui s'étendent plus en profondeur qu'en surface et qui déjà ont infiltré le périoste sans avoir pris une grande extension. Dans ces cas, l'intervention est indiquée et elle présente même une grande simplicité, puisque on peut enlever largement le mal, sans être obligé de sacrifier beaucoup de tissus. On obtient de bons résultats alors, surtout si les ganglions sont sains, ce qui s'observe quelquefois, ainsi que nous le montre l'observation IX. La malade dont il s'agissait fut opérée au mois d'avril dernier. Nous avons eu de ses nouvelles le 1^{er} décembre, elle ne présente pas de récurrence et sa santé est parfaite.

Cette observation nous montre encore que l'on doit opérer surtout lorsque l'épithélioma a une marche lente, car c'est un indice de bénignité relative. Mais ne nous laissons pas tromper par ces apparences de bénignité, le chirurgien qui serait tenté en voyant un de ces ulcères indolents de l'enlever avec parcimonie, pour pouvoir réunir les tissus plus facilement, serait bien vite déçu, car ils ne diffèrent pas des autres épithéliomas, et la moindre

irritation les fait évoluer rapidement et leur donne une malignité très grande.

Pour toutes ces opérations, il est une condition qui prime tout, c'est l'état général du sujet. Si le malade est jeune, bien portant, s'il est enfin dans de bonnes conditions de résistance, on pourra tenter chez lui une intervention grave avec des suites opératoires innocentes. L'épithélioma de la face est en général une affection locale, nous savons qu'il ne se généralise que d'une façon exceptionnelle, la cachexie n'arrive souvent que longtemps après le début de la maladie; aussi on a souvent l'occasion d'opérer des malades qui peuvent résister à l'intervention. Si nous consultons nos observations, nous pouvons nous rendre compte que les sujets chez qui on a pu enrayer ou peut-être même arrêter complètement la marche de la maladie étaient tous jeunes et bien portants.

Dans certains cas où le chirurgien se trouve en présence d'un épithélioma très étendu, il a la main forcée par des circonstances spéciales, telles que des douleurs très vives qui rendent l'existence insupportable au malade. Qu'importe alors que le malade ne soit pas guéri par l'intervention, puisqu'il est déjà fatalement voué à la mort! Il ne s'agit plus alors d'une opération curative, mais simplement palliative. On veut supprimer les douleurs du malade, on peut y arriver en général par une large intervention qui dépasse les limites du mal et qui arrêtera pour un temps les progrès de l'affection. C'est un cas de ce genre que nous rapportons dans notre observation I. La femme dont il s'agissait avait un épithélioma étendu à toutes les parties molles de la joue et du maxillaire gauche. Les souffrances étaient très vives; elles furent cal-

mées par l'opération, et comme d'autre part, elle était jeune et jouissait d'une forte constitution, les résultats furent excellents de tous points.

Telles sont les indications générales que le chirurgien doit toujours trouver réunies pour intervenir avec quelques chances de succès. Nous voyons qu'elles sont peu nombreuses, et qu'il faut pour cela se trouver en présence des cas exceptionnels. Ceci, du reste, n'a pas lieu de nous étonner, car la propagation des épithéliomas de la face au squelette se produit en général à une période où déjà les ganglions lymphatiques sont envahis de toutes parts.

Or, la dégénérescence cancéreuse des ganglions voisins constitue pour le chirurgien une sérieuse difficulté, quelquefois même une impossibilité pour faire une opération complète. En effet, tous ne sont pas pris au même degré, et à côté de gros ganglions faciles à apercevoir il en est d'autres très petits que l'on néglige et qui contiennent les germes d'une récurrence fatale. Souvent aussi l'épithélioma ganglionnaire d'abord encapsulé s'est répandu dans le tissu cellulaire environnant, et il s'est produit des lésions diffuses que le chirurgien ne peut limiter avec le bistouri. Or, ce que nous savons de l'action néfaste des opérations incomplètes sur les épithéliomas n'est pas fait pour nous encourager à intervenir. Les malades des observations IV et V sont deux exemples frappants de l'impuissance du chirurgien en présence de cancroïde adhérent à l'os, accompagné d'adénite très étendue. Les ganglions sous-maxillaires, la chaîne carotidienne, les ganglions sus-hyoïdiens étaient pris, et comme on le voit, l'opération ne

pouvait être complète. Aussi la récurrence n'a pas tardé à se produire et dans les deux cas la mort est survenue quatre ou cinq mois après l'intervention.

Lorsque les tissus périphériques sont pris dans une vaste étendue, lorsque les lésions sont diffuses, lorsque le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel est décollé, infiltré d'éléments cancéreux sur une vaste étendue, l'intervention est également contre-indiquée. D'ailleurs, à ce moment, les ganglions voisins sont toujours infectés et si le chirurgien voulait essayer d'intervenir, il serait obligé de faire des délabrements considérables, sans pouvoir enlever radicalement le mal.

A côté de ces contre-indications tirées de l'état local du néoplasme, il en est d'autres qui sont dictées par l'état général et l'âge du malade.

L'épithélioma de la face, avons-nous dit, est une affection locale qui se généralise rarement. Mais, malgré cela, elle entraîne au bout d'un certain temps une cachexie très grande qui est la cause habituelle de la mort du malade. Cette cachexie est due évidemment à la résorption des ptomaïnes très toxiques qui se forment au niveau du néoplasme. En outre, la suppuration qui existe toujours à un certain degré affaiblit beaucoup le malade, qui au bout d'un certain temps s'amaigrit et prend la teinte jaune-paille, caractéristique de la cachexie cancéreuse. Cet affaiblissement est une contre-indication des plus nettes à l'intervention. Nous nous rappelons avoir vu dans le service de M. le P^r Ollier, suppléé par M. Sabatier, un malade d'une cinquantaine d'années atteint d'épithélioma ayant envahi le corps du maxillaire inférieur. L'opération fut faite et on dut lui enlever tout l'arc antérieur du

maxillaire avec une grande quantité de parties molles, et il mourut quelques jours après.

Pour les mêmes raisons, on doit apporter une certaine réserve pour se décider à l'intervention chez un vieillard. En effet, passé un certain âge, tous les vieillards sont plus ou moins athéromateux, leur cœur est affaibli, tout l'organisme est usé, et ils n'ont plus assez de résistance pour supporter une opération de quelque étendue. M. le Pr Pollosson nous a parlé d'un vieillard qu'il avait opéré pour un cas d'épithélioma propagé à l'os et qui mourut peu de temps après de choc opératoire. M. le Dr Albertin nous a signalé un cas semblable dont nous donnons l'observation (obs. XIII) : c'était un vieillard athéromateux, âgé de soixante-trois ans, et qui mourut de choc vingt-quatre heures après l'opération. Il ne s'agit pas là d'une gravité spéciale des interventions à la face, mais de ce fait bien connu que toutes les opérations un peu longues, par la prolongation de l'anesthésie, par la perte abondante du sang, peut-être par impression trop vive sur un système nerveux ébranlé et incapable de réagir, présentent un caractère de grande gravité chez des vieillards cachectiques et usés.

Si l'on est en présence d'un cas opérable et que l'on se soit décidé à l'intervention, il faut toujours pratiquer une large ablation des tissus envahis, et extirper soigneusement tous les ganglions malades. Ce sont là deux conditions indispensables pour avoir des succès durables et si l'on ne croit pas pouvoir les remplir, il vaut mieux de beaucoup s'abstenir. Aussi ne faut-il pas se contenter de gratter l'os atteint ou même d'enlever avec parcimonie les portions qui semblent malades, car à ce moment les par-

ties voisines que le chirurgien croit saines à un examen superficiel sont déjà infectées et seront la source d'une récurrence fatale. Il faut dans tous les cas commencer par extirper soigneusement tous les ganglions que l'on peut sentir; quelques uns peut-être sont d'origine inflammatoire, mais, qu'importe; il vaut mieux en trop enlever que d'en laisser quelques-uns de suspects. D. Mollière indique un procédé très rapide pour enlever les ganglions sous-maxillaires lorsqu'ils sont mobiles. On abaisse le menton du malade et, avec la pulpe de l'index on attire les ganglions sur le bord inférieur du maxillaire et on les y maintient avec le pouce et l'index; sur le paquet ganglionnaire, on fait une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, jusqu'à ce qu'on ait aperçu les ganglions, on les énuclée facilement alors. S'ils étaient adhérents, il faudrait faire une incision de 3 ou 4 centimètres et tâcher d'extirper tous ceux que l'on sent avec la pulpe de l'index. Quelquefois, si la glande sous-maxillaire est remplie de ganglions malades, on l'enlèvera complètement. On procédera de même à la région parotidienne, à la région sus-hyoïdienne et on n'oubliera pas de songer aux ganglions géniaux.

Après ce temps préliminaire, on procédera à l'ablation de la tumeur elle-même. Il faut, dans tous les cas, la circonscrire par une incision de la peau distante d'au moins 1 ou 2 centimètres du néoplasme. Cette incision va jusqu'à l'os. Pour se donner du jour, on commence par enlever la tumeur qu'on détache de l'os à sa face profonde à l'aide de la rugine.

On fait ensuite à la peau les incisions nécessaires pour pratiquer la résection du segment osseux que l'on veut

enlever. Cette résection doit toujours dépasser de beaucoup les limites de la portion altérée.

On détache l'os à la scie ou à la cisaille, selon les cas.

Pour toutes ces interventions, on doit toujours être pénétré de l'idée que la moindre parcelle du tissu néoplasique que l'on oublierait dans la plaie entraînerait une récurrence fatale. Aussi, doit-on enlever tout ce qui est malade, ne pas essayer de conserver un organe, s'il est inclus dans le néoplasme. « On ne doit pas disséquer les cancers ». (M. Pollosson).

Quant à l'autoplastie, elle serait souvent bien utile à la face pour recouvrir de larges pertes de substances créées par l'opération, mais elle a l'inconvénient d'empêcher de surveiller la plaie dans laquelle on doit toujours craindre une récurrence. En outre, les autoplasties ne donnent pas toujours des résultats bien merveilleux au point de vue esthétique, et comme le fait remarquer M. le P^r Pollosson dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, « souvent une restauration paraissait admirable au moment de l'opération, qui, au bout de quelques années est fort peu esthétique. » Aussi, dans beaucoup de cas, surtout chez les sujets âgés, devra-t-on laisser la cicatrisation s'opérer naturellement, quitte plus tard, si la récurrence n'a pas lieu, à faire des restaurations autoplastiques.

Il est une région de la face où l'épithélioma se propage souvent à l'os sous-jacent et où l'intervention chirurgicale se présente avec des conditions de simplicité qui méritent d'attirer l'attention du chirurgien. Nous voulons parler de l'épithélioma de la pommette, sur le traitement duquel M. le P^r M. Pollosson a insisté d'une façon toute spéciale,

Ainsi que l'a fait remarquer ce maître, ce cancroïde se propage souvent au malaire sous-jacent par le filet du rameau temporo-malaire, et ceci a lieu souvent avant que le néoplasme n'ait acquis une grande étendue. Or, le malaire est articulé aux os voisins, le maxillaire supérieur, le frontal et l'apophyse zygomatique du temporal par trois prolongements qui sont faciles à sectionner. Il forme là comme une cheville osseuse à trois branches, indispensable plutôt à l'harmonie des formes qu'à la solidité de l'édifice facial. Aussi peut-on sans inconvénient l'extirper complètement. L'opération, en outre, ne présente aucune difficulté, et par le fait de l'isolement du malaire au milieu des autres os de la face, elle permet une ablation complète du néoplasme, ce qui diminue beaucoup les chances de la récurrence. L'opération peut se faire de deux façons différentes : ou bien on circonscrit la tumeur dans une incision allant jusqu'à l'os sans extirper la tumeur au préalable, ou bien on commence à disséquer la tumeur en la détachant par la rugine de l'os et dans un deuxième temps, on résèque l'os. C'est à cette dernière méthode que M. Pollosson donne la préférence, car elle découvre plus largement le champ opératoire.

Pour le manuel opératoire, M. Pollosson le décrit ainsi dans ses *Leçons de clinique chirurgicale*.

« 1^{er} Temps : Dissection des parties molles sur les diverses faces du squelette. — On incise dans le tiers externe du rebord orbitaire inférieur l'orbiculaire et l'aponévrose palpébrale. Avec le doigt on décolle les parties molles du plancher de l'orbite jusqu'à la fente sphéno-maxillaire. On incise l'aponévrose temporale sur le bord supérieur de l'arcade zygomatique, si elle n'a pas été enle-

vée avec la tumeur. On dégage ensuite le bord inférieur de la même apophyse de ses insertions massétérides. On passe le doigt derrière le malaire et l'apophyse zygomatique dans la fosse zygomatique pour écarter les parties molles.

« 2^e Temps. — On sectionne l'apophyse zygomatique à la cisaille, en arrière des adhérences de la tumeur.

« 3^e Temps. — On sectionne l'apophyse orbitaire externe jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, soit avec la cisaille, soit avec le ciseau et le maillet.

« 4^e Temps. — On termine en sectionnant avec le ciseau et le maillet le point d'attache du malaire au maxillaire supérieur. Quelquefois, il est nécessaire d'empiéter sur le maxillaire supérieur et d'ouvrir la cavité des sinus. Il est inutile de faire une autoplastie ; on rétrécit la plaie, si c'est possible en faisant quelques sutures cutanées, là où la disposition de l'incision périphérique le permet. »

Cette opération est simple et rationnelle et, dans les cas assez nombreux de cancroïdes de la pommette ayant envahi l'os, elle permet de faire une ablation radicale du néoplasme. M. le professeur Pollosson cite dans ses cliniques trois malades qu'il a opérés de cette façon, et nous en rapportons les observations (obs. II, III, VIII). Nous voyons que dans les trois cas, les suites de l'opération elle-même ont été simples. La première malade eut une récurrence six mois après la guérison opératoire, mais la tumeur au moment de l'opération avait déjà envahi le muscle temporal et l'extirpation n'avait pu être complète. Dans les deux autres cas, M. Pollosson n'a pas pu savoir ce que les deux malades sont devenus.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que cette opération se

présente à nous avec des avantages très grands, elle est facile, innocente, permet d'intervenir largement, et ne porte atteinte à aucune des fonctions des organes voisins.

Il est une région de la face, où l'intervention chirurgicale sans avoir grande chance d'enrayer le mal d'une façon complète est parfois nécessitée par les accidents rapides et très graves qu'entraîne là un épithélioma propagé à l'os. Nous voulons parler des cancroïdes du front. Là plus que partout ailleurs l'os est attaqué rapidement par le néoplasme, à cause du peu de parties qui le séparent de la région et malheureusement aussi le frontal ne peut pas protéger longtemps les méninges et l'encéphale d'un envahissement cancéreux. Or, tout le monde connaît la terrible gravité des lésions cérébrales dans cette région et il importe d'agir vite et énergiquement pour enrayer la marche du néoplasme.

C'est au XVIII^e siècle que l'on commença à intervenir pour des lésions osseuses d'épithéliomas de la peau de cette région (Levert, Sands). Mais on se contentait alors de faire des cautérisations, des grattages qui donnaient comme on peut le croire des résultats déplorables. L'évolution de la tumeur au lieu d'être enrayée, n'en devenait que plus rapide, et le manque d'antisepsie faisait naître des complications qui emportaient souvent le malade en quelques jours.

Dans ces derniers temps on a pratiqué un certain nombre de ces interventions avec des succès divers. Bergmann enleva un tiers du frontal pour un épithéliome du front propagé à l'os. Dans un cas analogue, Güssenhauer dut réséquer la moitié du même os. Terrier sacrifia une grande partie du frontal et du pariétal gauche. Ils

furent ensuite obligés en outre de pratiquer de nouvelles interventions pour récurrence du néoplasme, car malheureusement, ici comme partout ailleurs, la récurrence est la règle, et le cas de Heinrich Braun qui put se rendre maître du néoplasme et pratiquer la fermeture de la perte de substance par des greffes cutanées est une exception heureuse mais excessivement rare.

Nous voyons que dans tous ces cas les opérateurs durent pratiquer des résections très étendues pour extirper complètement le néoplasme. Nous citons plus loin l'observation d'une femme atteinte d'un épithéliome du front propagé à l'os ayant amené des attaques épileptiformes qui cédèrent à quatre interventions successives. Il faut donc pratiquer des résections aussi complètes que possible et poursuivre le néoplasme dans tous les points envahis : On enlèvera l'épithélioma en le circonscrivant par une incision dans les parties saines à au moins 1 centimètre de la tumeur, et en disséquant la face profonde jusqu'à l'os, pour se donner du jour. Une fois la tumeur enlevée, on examine l'os attentivement pour reconnaître l'étendue envahie par le néoplasme. Il ne faut pas alors se contenter d'enlever la portion malade et de gratter le pourtour de la partie enlevée. Ce serait là de la mauvaise besogne, pour les mêmes raisons que nous avons relevées en parlant des autres os de la face. Il faut cerner la portion de l'os atteinte par des couronnes de trépan disposées circulairement tout autour. Il ne faut pas se contenter d'agrandir la perforation à l'aide de la pince emporte-pièce, car on risquerait de faire une opération incomplète, et d'inoculer par des parcelles de néoplasme les tissus envi-

rennants. Là, comme partout, il ne faut opérer que dans des tissus sains.

Au-dessous de l'os, nous trouvons les méninges. Trois cas peuvent se présenter : 1° L'os n'étant pas complètement perforé, la dure-mère est indemne. Dans ce cas, il n'est pas douteux qu'il ne faille respecter cette séreuse ; 2° l'os est complètement perforé, et la dure-mère est nettement atteinte par le néoplasme ; il faut alors exciser largement cette membrane ainsi que la pie-mère si elle semble atteinte ; 3° l'os est perforé, et les végétations épithéliomateuses n'adhèrent pas à la dure-mère mais sont simplement en contact avec elle. Dans ce cas encore, il faut l'enlever largement, toujours parce qu'un examen superficiel comme l'est forcément l'examen chirurgical ne peut pas donner la certitude que des cellules cancéreuses ne sont pas déjà infiltrées dans l'épaisseur de la séreuse.

Après ces interventions qui portent souvent comme nous l'avons vu, sur un segment considérable de l'os, il ne faut pas songer à recouvrir tout de suite la perte de substance. Un pansement antiseptique à plat suffit, et ce n'est que longtemps plus tard, s'il n'y a pas de récidives, que l'on pourra essayer des greffes cutanées ou des ostéoplasties. On pourra pratiquer l'autoplastie comme elle a été faite dans notre observation XI, c'est-à-dire attirer un grand lambeau cutané sur les côtés de la perte de substance, l'appliquer sur celle-ci, et laisser la blessure ainsi déterminée se cicatriser à plat sans suture cutanée.

CHAPITRE III

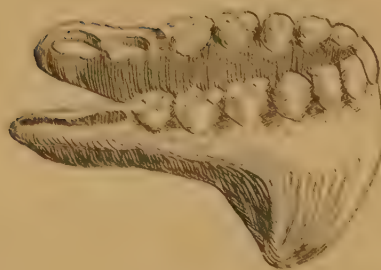
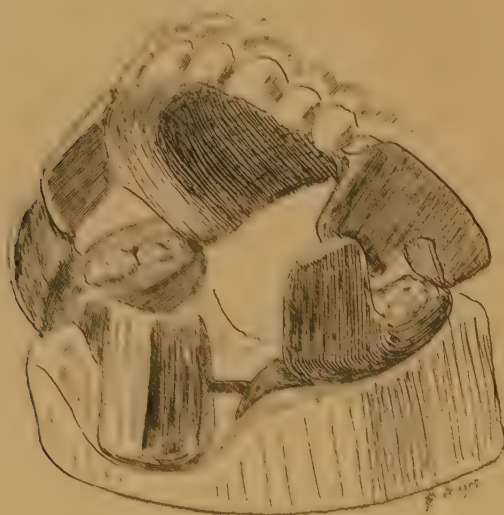
Suites immédiates. — Résultats éloignés.

On ne peut sans de graves inconvénients rompre la continuité des maxillaires, surtout du maxillaire inférieur que nous avons vu si souvent atteint par les épithéliomas de la face. Cet os en effet à qui est dévolu le principal rôle pour la mastication est mu par des muscles élévateurs et abaisseurs agissant d'une façon synergique, et dont l'action de chaque côté se fait réciproquement contre-poids tant que l'os est intact ; mais dès qu'on a réséqué une partie du maxillaire, l'équilibre est rompu, et les muscles attirent les deux fragments dans une direction vicieuse. Ils se rapprochent de la ligne médiane et arrivent au contact, peuvent même dans certains cas chevaucher plus ou moins, la langue est gênée dans ses mouvements, et la parole est souvent à peu près impossible par suite de cette gêne. Quant à la mastication, il est facile de comprendre qu'elle ne peut pas se faire, car si, au repos, et par le seul fait de la

tonicité des muscles moteurs du maxillaire inférieur les fragments sont déviés et les dents ne correspondent plus avec celles du maxillaire supérieur, lorsque les mêmes muscles se contracteront pour mouvoir la mâchoire, ces déviations ne feront que s'accroître, et tous les efforts du malade ne serviront qu'à appliquer plus énergiquement les fragments l'un contre l'autre. Cet inconvénient pourrait encore être supporté par le malade si le temps devait apporter un remède à ses maux, mais les déviations post-opératoires ne font que s'accroître, et lorsque la cicatrisation s'est faite, la rétraction des tissus a fixé les deux fragments dans une position vicieuse qu'il est bien difficile alors de corriger. La mastication reste impossible et le malade est condamné à se nourrir de liquides, de pâtes et de purées, alimentation spéciale que tous ne peuvent se procurer aisément. De plus, les dents qui ne sont plus à leur place viennent irriter par des contacts continuels les muqueuses environnantes. On a signalé des glossites graves produites de cette façon. Il se produit souvent des ulcérations du palais, des gencives qui sont très douloureuses et peuvent s'enflammer et suppurer. Ce n'est pas tout ; faut-il compter pour rien les difformités du visage, qui succèdent nécessairement à la déformation du squelette ?

Tous les inconvénients que nous venons de signaler sont graves, mais il est un danger plus grave encore qui est la conséquence de la résection du maxillaire inférieur. Nous voulons parler de la rétrocession de la langue. Celle-ci en effet est fixée et retenue dans la cavité buccale par des muscles qui prennent leurs insertions fixes en avant et en arrière. Ce sont en arrière le stylo glosse qui

s'insère à l'apophyse styloïde, l'hyo-glosse à l'os hyoïde, et en avant le génio-glosse dont le point fixe est la partie



moyenne du corps du maxillaire. Si l'on résèque cette portion du maxillaire pour un épithélioma du menton ou de la lèvre inférieure propagé à l'os, on coupe nécessairement l'insertion des muscles génio-glosses. De plus la muqueuse

sub-linguale ne peut plus prendre un point d'appui sur les gencives, et les muscles antagonistes ne trouvant plus de résistance en avant, attirent en arrière la langue qui fait basculer l'épiglotte sur la glotte et détermine l'asphyxie. Pendant le sommeil chloroformique, cet accident peut être très brusque ; la langue alors suit l'action de la pesanteur et on a observé des cas, où elle obturait complètement le pharynx. Aussi faut-il fixer la langue par un fil qui traverse sa pointe, et dont les deux chefs sont amenés au dehors. Tillaux recommande cependant de ne pas trop attirer la langue au dehors pendant l'opération, car sa base ne protégeant plus l'ouverture du larynx contre l'arrivée du sang qui est toujours abondant dans ces sortes d'opérations, on peut avoir des accidents asphyxiques très graves par passage du sang dans les bronches.

M. le Dr Martin a imaginé un appareil qui, dans certains cas de résections très étendues du maxillaire inférieur et des parties molles, permet de remédier à quelques-uns des inconvénients que nous venons de signaler, et de rendre au menton d'une façon progressive sa forme primitive. C'est sur un malade opéré par M. Albertin (obs. VII) que M. Martin eut, pour la première fois, l'occasion d'appliquer cet appareil, la malade avait subi la résection de presque tout l'arc antérieur du maxillaire inférieur, et d'une grande portion des parties molles du menton. L'appareil se compose de quatre pièces (fig. 1). Sur les fragments du maxillaire inférieur on applique deux pièces symétriques A et A', en caoutchouc durci, qui s'adaptent exactement aux deux dernières molaires, grâce à une brèche pratiquée à cet effet dans les deux pièces. Chaque pièce est munie d'une ailette. On peut donner à ces pièces

une fixité plus grande, grâce à une vis qui vient s'engager sans effort dans l'interstice de deux molaires. A la mâchoire supérieure une troisième pièce s'adapte exactement au palais et aux dents et est munie de deux ailettes semblables aux précédentes, mais disposées en sens inverse, de façon que, malgré les mouvements du maxillaire inférieur, les ailettes inférieures soient toujours en contact avec elles, et empêchent les fragments de converger.

Plus tard, quand la cicatrisation est faite, on adapte à ces deux pièces une quatrième M qui est reliée aux deux précédentes par deux tiges métalliques qui permettent de la tirer en avant ou de la repousser en arrière selon la volonté du chirurgien. Elle sert à assouplir lentement et progressivement la cicatrice, en donnant une forme un peu plus esthétique à la région mentonnière.

Ce dispositif a donc des avantages très sérieux. La convergence des fragments est empêchée d'une façon parfaite, les mouvements du maxillaire inférieur peuvent s'exécuter facilement, et, plus tard, la pièce moyenne permet de modeler progressivement les tissus, en rétablissant la saillie du menton, résultat esthétique qui n'est pas négligeable. Remarquons, en outre, que toutes ces pièces sont mobiles et peuvent être nettoyées facilement et désinfectées, ce qui est d'une importance capitale, tant que la cicatrisation n'est pas obtenue.

Au bout d'un certain temps, on enlève cet appareil provisoire et on le remplace par une sorte de dentier. Nous donnons (fig. 2) le dessin de l'appareil définitif qui a été appliqué au malade de l'observation VII. Il est fait d'une seule pièce en caoutchouc vulcanisé comprenant un arc antérieur muni de dents artificielles et faisant

saillie en bas pour reconstituer le menton. En arrière, cet appareil se fixe aux dents restantes par deux prolongements semblables aux deux pièces A et A' de la figure 1.

Voyons maintenant les résultats cliniques obtenus par ce nouveau genre de prothèse. Reportons-nous à l'observation VII. Avant l'opération, l'état général du malade était excellent, mais le néoplasme avait déjà envahi presque toute la région mentonnière, et M. Albertin dut faire de grands délabrements pour circonscrire le mal. M. Martin appliqua les deux pièces A et A' et cela suffit pour empêcher la convergence des fragments. Puis, quand la cicatrisation fut complète, on ajouta la pièce moyenne M qui permit d'assouplir les tissus et de refaire le menton. Ensuite on lui posa l'appareil définitif. Le 1^{er} décembre 1895, nous avons eu des nouvelles de ce malade. Il n'a aucune trace de récurrence, ce qui prouve que cet appareil, du reste si facile à désinfecter et n'étant pas en contact avec la plaie opératoire, ne provoque pas la récurrence, pourvu que l'épithélioma soit largement enlevé. L'appareil tient toujours bien, la mastication est facile et l'état général est excellent. Nous pouvons donc conclure que cet appareil de prothèse réalise tous les *desiderata* de la prothèse immédiate. Il sera précieux pour tous les cas où le chirurgien aura été obligé de sacrifier une grande portion de l'arc antérieur du maxillaire inférieur, et les parties molles qui le recouvrent.

Dans certains cas d'épithéliomas très étendus où l'on est obligé de réséquer une moitié tout entière d'un maxillaire inférieur, on peut par un dispositif analogue permettre à l'autre moitié de rester en place et de garder ses

rapports avec le maxillaire supérieur. On arrive à ce résultat en adaptant deux pièces l'une supérieure l'autre inférieure qui sont fixées aux deux maxillaires de la façon que nous avons déjà décrite. Chaque pièce est munie d'une ailette, et ces deux ailettes, comme dans l'appareil précédent ne se quittent jamais, quels que soient les mouvements de la mâchoire inférieure, de telle sorte que la portion saine du maxillaire doit forcément rester en place. La mastication est possible encore avec une moitié de maxillaire, pourvu que ses mouvements ne puissent s'accomplir que dans un plan vertical et que les dents supérieures et inférieures correspondent. C'est un résultat que l'on peut obtenir avec cet appareil.

Tels sont les résultats mécaniques, pour ainsi dire, observés à la suite de toute résection de maxillaire inférieur, quelle que soit la nature du néoplasme qui a motivé l'intervention. Voyons maintenant les résultats immédiats et éloignés qui sont la suite des résections du maxillaire inférieur pour épithéliomas. Nous avons signalé quelques cas de morts par choc opératoire, mais c'est là l'exception, et il faut pour cela une prédisposition due à un mauvais état général. La plupart du temps, les malades vigoureux et jeunes supportent fort bien l'opération.

Mais, au bout de quelques mois, il arrive malheureusement très souvent qu'il se produit une récurrence de l'épithélioma *in situ* ou dans les ganglions voisins. Quelquefois même la récurrence a lieu sur la plaie opératoire elle-même. On voit se développer des bourgeons pâles, grisâtres, fermes à la pression, ce qui les différencie des bourgeons charnus de bonne nature. A leur surface, se dépose un ichor d'une fétidité particulière ; l'odeur même suffit à un

chirurgien exercé pour reconnaître la récurrence cancéreuse. La cicatrisation ne se fait pas ; bientôt les végétations de l'épithélioma se forment, et le diagnostic s'impose.

Au bout d'un certain temps, il peut envahir la cavité buccale, et sa marche devient alors beaucoup plus rapide et plus grave. Il revêt la forme de l'épithélioma primitif des muqueuses de la bouche, et nous savons que l'évolution de ce dernier est extrêmement rapide. Les sécrétions continues qui s'écoulent donnent au malade une haleine horriblement fétide. Ces matières putrides arrivent avec les aliments dans l'estomac, entretiennent un état saburral des voies digestives. Leur absorption fait pénétrer dans l'organisme des ptomaïnes très toxiques qui hâten la cachexie du malade. C'est la *cachexie buccale*. Cette suppuration continue affaiblit beaucoup le malade qui meurt bientôt dans le marasme à moins qu'une hémorragie due à la perforation d'un gros vaisseau par le néoplasme ne l'ait emporté auparavant.

Dans d'autres cas, c'est une récurrence ganglionnaire qui se produit, et la mort a lieu encore par un mécanisme analogue. Dans nos observations V et VI dues à M. le Dr Albertin nous signalons deux récurrences dans les ganglions carotidiens avec propagation aux tissus péripharyngiens. L'on comprend qu'avec des lésions aussi diffuses et aussi étendues, la vie ne soit pas longtemps possible. Aussi voyons-nous que les deux malades sont morts l'un 2 mois, l'autre 3 mois après cette récurrence.

Enfin, il est des cas très rares où l'on n'a pas de récurrence au bout d'un temps très long, et l'on peut supposer alors que les malades sont guéris complètement, car si la récurrence n'a pas eu lieu au bout de quelques années, il est bien à

supposer que cette récurrence ne se produira jamais. Ces résultats se produisent lorsque l'opération a été absolument complète et nous avons vu combien il est difficile la plupart du temps d'enlever toutes les parties malades et tous les ganglions. Aussi ne serons-nous pas étonnés de la grande rareté d'une guérison datant d'une époque éloignée.

Nous en citons cependant quelques observations. Peut-être aurions-nous pu en présenter quelques autres, mais il ne nous a pas été possible de retrouver tous les malades et trois seulement nous ont fait parvenir de leurs nouvelles. En premier lieu, nous pouvons citer le malade de M. Albertin, dont nous avons déjà longuement parlé (obs. VII). Opéré en décembre 1893, il nous a écrit il y a quelques jours et il nous dit que sa santé est parfaite en ce moment, que son appareil tient bien et qu'aucune récurrence ne s'est produite. Une autre malade (obs. IX), opérée par M. le professeur agrégé Rollet en avril 1895, est en ce moment très bien portante et n'a aucune trace de récurrence. Enfin, nous donnons (obs. XII) une observation intéressante par les résultats éloignés qu'elle nous montre. C'était un malade opéré en mars 1890 par M. le professeur agrégé Rochet. Ce malade, depuis, a été présenté au Congrès de chirurgie de Lyon en octobre 1894, c'est-à-dire quatre ans et demi après l'intervention.

Ces bons résultats doivent être mis évidemment sur le compte des larges interventions qui ont été pratiquées par ces trois chirurgiens, et ils permettent de penser que, si l'ablation complète du mal par un moyen chirurgical est impossible dans la grande majorité des cas, il y a lieu, dans certaines circonstances, de l'employer et d'espérer le succès. Mais si ces trois observations sont un encouragement

à l'intervention, n'oublions jamais que ce sont des exceptions heureuses et que le chirurgien, sous prétexte de donner au malade une chance de guérison, ne doit pas intervenir dans tous les cas, au risque de donner un coup de fouet à la maladie. Opérons seulement quand il est indiqué d'intervenir et n'oublions jamais le précepte : « *Primo non nocere* ».

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I

Cancroïde de la peau de la lèvre supérieure. — Trois récidives. — Résection totale du maxillaire supérieur gauche. — Guérison. (Professeur Pollosson.)

C..., Louise, cultivatrice, quarante-sept ans, a vu apparaître à sa lèvre supérieure, un peu à gauche du sillon naso-labial, à distance du bord libre, un bouton épithéliomateux qui fut extirpé huit ans après, par une simple excision de la peau de la lèvre. L'ulcération reparut quelques mois après et fut cautérisée au nitrate d'argent. Elle prit alors un grand développement; la malade entre à l'Hôtel-Dieu en 1890 avec un cancroïde occupant la moitié latérale gauche de la lèvre supérieure dans toute son épaisseur, le sillon gingivo-labial et la portion avoisinante de la cloison des narines. La tumeur fut largement excisée et la lèvre supérieure réparée par le procédé d'incision commissurale coudée de M. Pollosson. La malade est rentrée à l'Hôtel-Dieu en novembre

1892 avec une nouvelle récurrence. La tumeur avait alors l'aspect d'une tumeur primitivement développée dans le maxillaire supérieur gauche avec bosse à la joue et adhérence à la peau de la région.

La malade a actuellement quarante-neuf ans, forte constitution et vives douleurs. Le 6 décembre 1892, résection totale du maxillaire supérieur gauche, de la portion incisive du maxillaire supérieur droit, de la nouvelle lèvre supérieure gauche, de toute la peau de la joue, d'une partie de la peau et de l'auvent nasal. L'épithélioma avait détruit presque tout le tissu osseux du maxillaire supérieur et remplissait le sinus. Suites opératoires très simples.

Onze mois après, pas de récurrence. Il reste une vaste perte de substance. M. Martin a construit un appareil ingénieux qui remplace le squelette absent et permet d'une façon imparfaite l'usage de la parole et la mastication.

M. Pollosson renvoie la fermeture de la perte de substance à une date éloignée.

OBSERVATION II

Cancroïde de la pommette droite propagé au malaire. — Résection du malaire. (Professeur Pollosson.)

D. C..., soixante-dix-neuf ans, galocher, entré à l'Hôtel Dieu le 11 décembre 1891, salle Sainte-Marthe.

Il y a un an, apparition à la peau de la région malaire droite d'un bouton qui est resté stationnaire jusqu'au mois de mai. A ce moment, le malade l'a arraché, et il est resté une ulcération qui a pris un développement rapide.

A l'entrée, on trouve à la partie inférieure de l'os malaire une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs reposant sur une large base indurée. Cette base est intimement adhérente à l'os sous-jacent, et la masse ulcérée dans son ensemble ne présente aucune mobilité.

On sent un ganglion induré dans la région sous-maxillaire du même côté.

18 décembre 1891. — *Anesthésie à l'éther.* — M. Pollosson fait une incision circulaire à un bon centimètre autour de la base de la tumeur ; on la dissèque à sa partie profonde et on est conduit sur l'implantation osseuse du néoplasme qui se fait sur la partie postérieure de l'os malaire et notamment sur la portion antérieure de l'arcade zygomatique. On ne fait ni réunion, ni autoplastie ; la plaie est pansée à plat avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été bénignes ; le malade a quitté l'hôpital le 28 décembre, la plaie en bonne voie, sans apparence de récurrence, notablement rétrécie.

La tumeur était un épithélioma ayant envahi les couches superficielles du tissu osseux et adhérent dans une plus large étendue avec le périoste.

OBSERVATION III

Cancroïde de la région malaire gauche. — Propagation à l'os sous-jacent. — Résection du malaire. (Professeur Pollosson.)

E. V..., journalier, soixante-dix ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1892, salle Saint-Louis.

Ce malade aurait eu il y a quatre ans un cancroïde de la lèvre inférieure qui a été extirpé ; on en voit la trace cicatricielle. Depuis il a vu apparaître dans la région malaire gauche un bouton qui s'est ulcéré.

A l'entrée, on trouve au niveau de l'os malaire, à sa partie antérieure, à 1 centimètre au-dessous du rebord orbitaire, une tumeur ulcérée à gros bourgeons irréguliers. La tumeur a une base plus étendue que l'ulcération ; elle adhère fortement à l'os sous-jacent.

On ne trouve pas de ganglions parotidiens, facial, ou sous-maxillaire.

Opération le 16 février. — *Anesthésie à l'éther.* — M. Pollosson fait une incision circulaire embrassant la base de la tumeur, la dissèque à la périphérie et l'arrache au niveau de ses adhérences à l'os. Il voit que le tissu épithélial envahit le malaire à sa partie antéro-interne. Il fait alors la résection de l'os malaire et de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur; la paroi antérieure du sinus fut perforée. Pansement à plat à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été simples et le malade renvoyé chez lui en voie de guérison.

OBSERVATION IV (inédite).

(Recueillie par nous dans le service de M. le professeur Pollosson, suppléé par M. le Dr Albertin.)

Cancroïde de la lèvre inférieure. — Récidive ganglionnaire avec adhérence au maxillaire. — Résection du maxillaire inférieur. — Mort quatre mois après par récidive et cachexie buccale.

G. L., quarante-neuf ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1894. Il y a deux ans, cancroïde de la lèvre inférieure. Cinq mois après, opération à Romans. Dix mois après apparaît un gros ganglion sous-maxillaire droit. Ce ganglion a grossi, est devenu adhérent à la peau et une ulcération est apparue, ayant tout l'aspect d'un épithélioma.

Actuellement, la tumeur est adhérente au malaire inférieur. En introduisant le doigt entre les arcades dentaires et la paroi externe de la bouche, on sent une tuméfaction irrégulière de la grosseur d'une petite noisette, adhérente au maxillaire inférieur et faisant saillie sous la muqueuse.

6 août 1894. — Résection d'une partie de la branche droite du maxillaire inférieur et de tous les tissus envahis par la tumeur. Prothèse immédiate par M. le Dr Martin.

Suture du plan profond muqueux pour fermer la cavité buccale.
Pansement iodoformé à plat.

Deux mois après cette intervention, le malade a eu une nouvelle récidive dans les tissus lymphatiques péripharyngiens et il est mort de cachexie le 15 novembre 1894.

OBSERVATION V (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Albertin.)

Cancroïde de la commissure gauche opéré. — Récidive ganglionnaire avec envahissement du maxillaire inférieur. Résection de cet os. — Mort.

M... Auguste, trente-huit ans, entré le 27 juin 1894. Il y a un an, a eu une ulcération qui lui rongea la commissure gauche. Opérée à Gap, cette ulcération guérit vite. Il avait alors un ganglion sous-maxillaire gauche gros comme une noisette.

Cette petite tumeur grossit rapidement et envahit le maxillaire et la peau, et il y a trois mois, se montrèrent des ulcérations qui laissent écouler actuellement un liquide fétide. Peu de douleurs.

1^{er} juillet. — *Opération.* — Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur.

Ablation de la moitié correspondante du plancher buccal et des parties constituantes de la loge sous-maxillaire. Du côté du pharynx, on arrive sur l'apophyse styloïde. Ablation d'une partie des insertions inférieures du stylo-glosse et du stylo-pharyngien.

Pas de réparation autoplastique. Sutures profondes pour réunir la muqueuse buccale.

4 juillet. — Quelques points de la suture profonde ont lâché, et il s'est formé un orifice faisant communiquer la cavité buccale avec l'extérieur.

30 juillet. — La plaie est réduite à une circonférence de 8 centimètres de diamètre. Persistance de l'orifice faisant communiquer

la cavité buccale avec l'extérieur : il est de la largeur d'une pièce d'1 fr., et siège au niveau de la dernière molaire qu'il laisse apercevoir.

Le malade peut boire, manger, parler sans trop de difficultés.

Au mois de novembre, récidive dans les ganglions carotidiens et dans les tissus péripharyngiens. Une ulcération se produit sur la paroi postérieure du pharynx et il meurt deux mois après de cette propagation et de cachexie buccale.

OBSERVATION VI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Albertin.)

Cancroïde de la paupière inférieure. — Opération. — Récidive un mois après. — Deuxième intervention avec énucléation de l'œil et résection d'une partie du malaire.

B... Claude, quarante-deux ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1894. Il y a quelques mois, il s'aperçut de la présence à l'angle externe de l'œil droit d'un petit bouton gros comme une tête d'épingle. Cette tumeur irritée par des applications successives d'emplâtres divers, ne tarda pas à former une plaie qui depuis un mois a envahi la paupière supérieure.

Actuellement, la paupière est envahie dans une étendue d'1 centimètre. La paupière supérieure et la conjonctive ne sont pas atteintes.

Ganglion de Poncet. Ganglion sous-maxillaire droit.

5 mars. — Résection des deux paupières et d'une partie assez grande de la peau de la région temporale. Résection d'une partie de la conjonctive. On rugine le malaire et la partie externe de l'arcade orbitaire. On rapproche les téguments qu'on suture.

Le malade sort le 27 mars 1894.

Il rentre le 5 avril pour une récidive. La conjonctive et la paupière supérieure sont envahies ainsi qu'une partie de la région

sous-orbitaire et peut-être la partie externe du pourtour osseux de l'orbite.

Enucléation de l'œil. Ablation du tissu adipeux de l'orbite, de la paupière supérieure et d'une partie de la peau de la région sous-orbitaire. Résection de l'apophyse orbitaire du malaire.

Pansement compressif à plat. Thermocautéère sur une petite tumeur rougeâtre du pavillon de l'oreille gauche.

Depuis cette époque, nous n'avons pas eu des nouvelles du malade.

OBSERVATION VII

Cancer de la lèvre récidivé et propagé au maxillaire. — Résection de la région maxillo-mentonnière (peau et maxillaire). — Résultats deux ans après. — Guérison. — (D^r Albertin).

X..., âgé de trente cinq ans, a été opéré par un médecin de son pays, à la Montagne-Brandon (Saône-et-Loire), en 1892, d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Six mois après, la tumeur récidivait et il vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, en décembre 1893. L'os était envahi et il parut nécessaire de faire une résection en même temps qu'une large ablation des parties molles dégénérées et de celles circonscrivant la tumeur.

L'opération fut pratiquée par M. le D^r Albertin, le 22 décembre 1893. Cette large ablation des parties molles et de la presque totalité de la lèvre inférieure, d'une partie du menton, créa de sérieuses difficultés pour la réunion des lambeaux et rendit impossible la prothèse immédiate.

Devant l'impossibilité de remplacer de suite le maxillaire enlevé, M. le D^r Albertin résolut de faire la prothèse secondaire. En attendant de pouvoir le faire, il fallait éviter le déplacement des portions du maxillaire inférieur laissées en place, déplacement qui se produit fatalement par la convergence des extrémités des frag-

ments, si on ne s'y oppose pas. M. Martin fixa sur les arcades dentaires supérieures et sur les dents qui restaient sur le maxillaire inférieur un appareil composé de deux pièces, à emboîtement réciproque qui remplissait admirablement le but proposé.

En février 1894, la cicatrisation étant complète depuis quelque temps déjà, on résolut de modeler la région mentonnière en adaptant un appareil réunissant par un arc à courte flèche l'extrémité antérieure des fragments du maxillaire.

On profita de la mise en place de l'appareil pour le recouvrir complètement par une combinaison autoplastique, de sorte que l'orifice buccal fut presque ramené à l'état normal avec un menton fuyant.

Enfin, le 16 mars 1894, on remplaça cette première ébauche de maxillaire par une pièce représentant exactement le maxillaire enlevé et le malade sortit de l'hôpital.

Le 16 janvier 1895, M. le Dr Albertin présente son malade à la Société des sciences médicales de Lyon. A cette époque, son état général s'est heureusement modifié, il a engraisé et présente tous les caractères de la santé. Opéré depuis treize mois, il n'a pas présenté la moindre trace de récurrence, grâce à l'ablation large des portions envahies par le néoplasme et à la toilette soignée des ganglions périphériques.

Au point de vue fonctionnel, le résultat acquis permet d'espérer un état définitif parfait. Le malade a un orifice buccal limité par des lèvres parfaitement contractiles. En lui faisant ouvrir la bouche, son appareil étant enlevé, on voit que les portions restant du maxillaire inférieur sont à leur place normale; les arcades dentaires, supérieure et inférieure, correspondent parfaitement. Le plancher buccal est bien conservé, large, donnant attache à la langue, qui jouit de tous ses mouvements et n'a pas de tendance à la rétraction.

La mastication s'exécute normalement par la double action des muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire inférieure. La parole est assez facile, mais encore imparfaitement articulée; il suffit de pincer la commissure labiale droite trop fendue pour que la parole redevienne normale.

En février 1894, M. le D^r Albertin a rétréci la bouche en avançant les deux lèvres de la commissure droite dans une certaine étendue, et en les suturant l'une à l'autre. Le malade sort dans un état excellent, la parole est facile et presque normale.

1^{er} décembre 1895. — Nous avons eu des nouvelles de ce malade. Il ne présente pas de récurrence. L'appareil tient bien. Bon appétit, et excellent état général à tous les points de vue.

OBSERVATION VIII

Cancroïde de la pommette gauche avec envahissement du malaire. — Résection de l'os malaire. — Récurrence six mois après et mort (professeur Pollosson).

R. V., cuisinière, soixante-huit ans, demeurant à Lyon, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 12 juillet 1891.

Depuis quatre ans, petite exulcération à la pommette gauche, restée stationnaire jusqu'à ces six derniers mois, où, sans cause appréciable, elle a pris un développement inquiétant.

A l'entrée, on constate une ulcération de la surface d'une pièce de 5 francs, reposant sur une base indurée, adhérente à l'os malaire. On ne trouve pas de ganglions dans les régions parotidiennes, faciale, sous-maxillaire.

Opération le 15 juillet. — Anesthésie à l'éther. On circonscrit la tumeur par une incision circulaire de 7 centimètres de diamètre, allant de l'angle externe de l'œil au tragus. En haut, elle empiète sur la région temporale; en bas, elle dépasse largement le bord inférieur de l'os malaire. On dissèque la base de la tumeur qui a envahi non seulement la peau, mais le muscle temporal. On est conduit sur l'os malaire et l'apophyse zygomatique qui sont largement envahis par le néoplasme. M. Pollosson pratique la résection de l'os malaire et de l'arcade zygomatique.

On rétrécit un peu la plaie à la partie inférieure par quelques points de suture, le reste est pansé à la gaze iodoformée.

Le malade quitte l'hôpital le 13 août, la plaie en bonne voie de cicatrisation.

Addendum. — M. Pollosson a revu cette malade. La plaie est arrivée à cicatrisation complète. Mais six mois après l'opération, la malade a reparu à l'Hôtel-Dieu, avec une tuméfaction dure et d'aspect violacé dans la région temporale et avec de vives douleurs. La récurrence était certaine et toute intervention impossible. La malade a certainement succombé depuis. 

OBSERVATION IX (inédite).

(Recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet,
suppléé par M. le professeur agrégé Rollet.)

Cancroïde de la peau du menton "propagé" au maxillaire inférieur. — Résection partielle de cet os. — Guérison.

J..., Marie, cinquante-quatre ans, ménagère au Breuil (Allier), salle Sainte-Anne, n° 12. Entrée le 28 mars 1895 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Bonne santé habituelle. Pas d'amaigrissement.

Il y a sept ans, début par une petite verrue de la grosseur d'une tête d'épingle, sur le côté gauche du menton. La malade la grattait souvent et la faisait saigner. La tumeur avait grossi lentement jusqu'à avoir la grosseur d'une petite noisette de couleur rouge violacé. La malade en la frottant avec son mouchoir déterminait souvent de petites hémorragies avec sortie d'un liquide puriforme et fétide. Sous l'influence de ces irritations, la tumeur commence à s'ulcérer il y a un mois, et l'ulcération grandit rapidement et devient plus profonde.

28 mars. — Actuellement, au niveau de la partie gauche du menton, on remarque une ulcération triangulaire, allongée dans le sens transversal, entourée d'une auréole rougeâtre, à bords taillés à l'emporte-pièce, fongueux, un peu décollés et renversés

en dehors. Le fond est rouge, saignant et un peu végétant. Odeur nauséabonde particulière à l'épithélioma. A la palpation, le pourtour est induré et on ne peut mobiliser le tout sur le maxillaire sous-jacent.

A l'intérieur de la bouche, dans le sinus labio-gingival, on sent que la tumeur adhère au maxillaire, et la muqueuse à ce niveau forme un bourrelet induré.

A gauche, on sent très difficilement un petit ganglion sous-maxillaire. Pas d'autres ganglions.

23 avril. — L'ulcération n'a pas augmenté depuis l'entrée de la malade et n'a pas été influencée par l'iodure de potassium qu'on lui a administré. Une végétation fongueuse a apparu dans le fond, et l'ulcération est franchement épithéliomateuse.

27 avril. — La résection du maxillaire inférieur est faite par M. le professeur agrégé Rollet. On circonscrit la tumeur par une incision de forme carrée distante d'1 centimètre des bords de l'ulcération et allant jusqu'à l'os. De part et d'autre on prolonge les côtés supérieur et inférieur de ce carré par deux incisions de 6 centimètres ne comprenant que la peau et faites dans un but d'autoplastie. Cela fait, on isole le maxillaire inférieur à l'aide de la rugine sur une longueur de 4 centimètres de part et d'autre de la tumeur, et on le sectionne avec la scie à chaîne. On a ainsi une résection atypique du maxillaire inférieur comprenant à droite de la ligne médiane un segment de 3 centimètres et à gauche un segment de 5 centimètres.

Sur-le-champ, M. le Dr Martin construit un appareil de prothèse en caoutchouc durci ayant exactement les dimensions du segment osseux enlevé. Cet appareil provisoire est fixé de chaque côté par deux ailettes métalliques vissées à l'os. Un système spécial de lavage intérieur permet de maintenir l'appareil dans un état de propreté parfaite.

Après cette prothèse immédiate, M. Rollet suture la peau par dessus l'appareil au moyen de fils métalliques. Il fait en outre trois sutures profondes au catgut pour réunir les tissus et la muqueuse buccale. Pansement iodoformé. L'opération, quoique ayant duré une heure et quart, n'a pas fatigué la malade. On tra-

verse la langue à l'aide d'un fil dont les deux chefs sortent à l'extérieur, pour prévenir la rétrocession linguale.

L'os était altéré, friable sur toute l'étendue du néoplasme qui y adhérerait fortement, mais la face interne de l'os était respectée.

Les jours suivants, pansements quotidiens. Injections d'eau boriquée toutes les heures par le tube de l'appareil de prothèse. Gargarismes boriqués fréquents.

15 mai. — Les points de suture ont tous tenu, excepté un en arrière où s'est formée une petite fistule pour où s'écoule la salive. Partout ailleurs, réunion par première intention. Pas de rétrocession linguale.

1^{er} juin. — La fistule persiste. Dans les autres points, la cicatrisation est incomplète. Plus de pansements. Sur la fistule tampon antiseptique maintenu par un bandeau. Les téguments sont un peu tendus.

7 juin. — Pour faire disparaître la fistule, M. Martin enlève l'appareil provisoire. Aussitôt après, la tension disparaît et en même temps la fistule se referme.

20 juin. — La malade sort de l'hôpital. Etat général excellent. L'appétit est bon, la mastication est possible, même pour la viande. Les cicatrices ont un peu de raideur, ainsi que les tissus environnants.

1^{er} décembre. — Nous avons eu des nouvelles de la malade. Elle ne présente pas trace de récurrence. Elle a un bon appétit. Pas d'amaigrissement, la mastication est difficile, et elle veut revenir pour se faire poser un appareil définitif.

OBSERVATION X

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,
t. XIX, p. 620. *In thèse Roy.)*

P. G., charpentier, trente-six ans, entre en juin, dans le service du Dr Labbé, pour un épithélioma de la lèvre inférieure, datant de trois ou quatre ans. Le 27 juin, le Dr Michaux pratiqua l'excision de la tumeur. Réunion immédiate. Le 15 septembre, le ma-

lade aperçoit au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur une petite masse dure, mobile sous la peau. Cette petite masse augmente rapidement de volume, et, à la fin d'octobre, elle a le volume d'un petit œuf, adhérent à la peau. Il s'agit d'une récidue épithéliale de la face externe et du bord inférieur du maxillaire. M. Maurice Roy, élève du service, prépare un appareil prothétique. Le 2 novembre, M. Michaux pratique l'extirpation de la moitié droite du maxillaire inférieur avec désarticulation du condyle, en enlevant une partie de la peau adhérent au maxillaire. L'appareil prothétique est mis en place séance tenante : la réunion cutanée est effectuée dans toute l'étendue, malgré la tension ; la réunion est obtenue par première intention. La pièce prothétique formée d'un demi-maxillaire en caoutchouc durci, creusé de canaux, comme l'a indiqué M. Martin, de Lyon, est fixée par deux petites plaques à la face antérieure de la moitié gauche du maxillaire. En arrière, l'appareil est maintenu par une bande métallique plus large que les bandes antérieures, fixée seulement sur le maxillaire artificiel et venant simplement s'appuyer dans l'étendue d'1 centimètre sur la face postérieure du maxillaire inférieur gauche.

Un appareil prothétique destiné à être relié par un ressort au maxillaire artificiel est appliqué, séance tenante, au maxillaire supérieur.

Au réveil, le malade fait mouvoir avec une facilité remarquable le maxillaire inférieur ; la portion remplacée suit à merveille les mouvements de la moitié restante. Pansement extérieur iodoformé. Lavages incessants de la bouche avec une solution d'eau chloratée à 1 pour 100. Grâce au système de canaux intérieurs, l'irrigation de toutes les parties en contact avec l'appareil est parfaite, la guérison s'opère très rapidement ; il n'y a aucune espèce d'accidents infectieux, aucune élévation de température. Sept jours après, la réunion est totale ; on enlève les crins de Florence superficiels.

Au douzième jour, le malade remue facilement les mâchoires, et parle d'une façon très convenable. En un mot, le résultat est des plus satisfaisants.

Malgré la résection cutanée, pas la moindre désunion, la moindre fistule.

L'appareil est définitif; une pièce de caoutchouc durci, mobile, remplace provisoirement les dents. Un petit ressort placé au bout de quelques jours, relie le maxillaire inférieur à la pièce prothétique placée à la face inférieure du maxillaire supérieur.

OBSERVATION XI

Cancroïde du front ayant envahi l'os. — Ablation. — Quatre opérations ultérieures, la première nécessitée par des attaques épileptiformes fébriles (Krœnlein, Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte, n° 46, p. 499, 15 août 1889).

K... Barbara, tordeuse de soie. Cancer du front ulcéré, propagé à l'os, qu'on dut enlever (16 novembre 1888) dans toute l'étendue du néoplasme; mais depuis survinrent des récidives locales qui demandèrent quatre interventions chirurgicales; le 17 décembre 1888, les 22 janvier, 16 février, 23 mai 1889. Avant la première opération pour récidive, il se produisit des symptômes cérébraux la température fut de 41°5 pendant trois jours, et il y eut des attaques épileptiformes ordinaires avec, pendant plusieurs heures, coma et symptômes qui disparurent très rapidement après l'ablation de l'os nouvellement envahi par le néoplasme, dans toute son épaisseur, au pourtour de la surface bourgeonnante provenant de la première opération. Dans les opérations de récidives suivante se montrèrent aussi des granulations suspectes sur la dure-mère et on dut augmenter l'ouverture de l'os en le réséquant sur le pourtour de la perte de substance et on détruisit la dure-mère avec le thermocautère, en ayant soin d'épargner le sinus longitudinal voisin de la perte de substance osseuse.

La dernière récidive était une tumeur grosse comme une noix, située au bord de la nouvelle surface bourgeonnante et se propageant dans l'orbite à partir de l'angle interne de l'œil.

La perte de substance était si grande qu'on dut avoir recours à une autoplastie en attirant un lambeau de peau dont la place fut abandonnée à la cicatrisation par bourgeonnement.

Les symptômes cérébraux, après la deuxième opération, disparurent rapidement et n'ont pas reparu depuis.

En ce moment, on ne voit plus qu'une surface cicatricielle exubérante à l'endroit où on a pris le lambeau cutané pour l'autoplastie.

OBSERVATION XII (résumée).

(M. le professeur agrégé Rochet) (*in* thèse Cl. Martin).

J... L..., entré dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Rochet, en février 1890.

Trois ans auparavant, épithélioma de la partie latérale gauche de la lèvre inférieure. Deux récidives successives; entre pour une troisième.

Aujourd'hui, toute la lèvre inférieure et la portion médiane du maxillaire inférieur sont envahies.

Quelques petits ganglions sus-hyoïdiens et sous-maxillaires, mais état général excellent.

Opération. — Mars 1890. — La tumeur est circonscrite par trois incisions (deux verticales et latérales, une inférieure et horizontale, réunissant les extrémités inférieures des précédentes et dessinant ainsi une sorte d'U; les incisions sont faites à 1 centimètre et demi de la tumeur. Puis, après une légère dissection des lèvres externes de l'incision en U, on attaque le maxillaire inférieur par deux traits de scie verticaux, portant au niveau des canines inférieures, après arrachement des dents correspondantes.

On pratique l'autoplastie en prenant un lambeau sus-hyoïdien qu'on remonte sur la perte de substance par glissement. On agrandit les commissures d'1 centimètre et demi de chaque côté. Avant de remonter le lambeau sous-hyoïdien, M. Martin applique son appareil prothétique, auquel on attache la pointe de la langue.

Suites opératoires très simples. Cicatrisation rapide, mais à la longue la lèvre inférieure nouvelle se rétracta et laissa apercevoir l'appareil prothétique.

Quinze mois après l'opération, le malade quitte l'hôpital dans cet état, mais avec une santé parfaite.

Le malade revint plusieurs fois depuis. On lui fit une restauration de la lèvre et il fut impossible, après cicatrisation, de replacer son appareil. M. Martin lui fit un appareil spécial pour l'écartement des deux branches du maxillaire.

Le 15 septembre 1891, pose d'un appareil avec dents.

21 juin 1892. — Le malade ne présente aucune récurrence et l'état général est excellent. La lèvre inférieure un peu rétractée n'a pas de contractilité, ce qui cause l'écoulement de la salive. Parole facile avec l'appareil, impossible sans lui.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Albertin.)

B. J..., soixante-trois ans, entré le 2 août.

Il y a deux ou trois mois, tumeur sous-maxillaire gauche qui grossit assez vite. Pas de douleurs vives. Il y a quinze jours la tumeur s'est ulcérée.

Actuellement, tumeur grosse comme le poing au-dessous du maxillaire inférieur, à gauche, dure, adhérente à l'os. Ulcération peu étendue donnant issue à un ichor fétide.

Impossible de trouver l'épithélioma primitif.

9 août. — Résection partielle du maxillaire inférieur de 7 à 8 centimètres sur la partie médiane.

10 août. — Mort de choc, vingt-quatre heures après l'opération.

CONCLUSIONS

Certains cancers des parties molles de la face peuvent se propager au squelette de la face avant ou après une première intervention chirurgicale. Cette propagation peut se faire aussi au niveau des ganglions dégénérés plus ou moins éloignés de la tumeur primitive.

Ces cas de propagation du cancer de la face au squelette ne sont pas tous justiciables d'une intervention chirurgicale. On doit les classer en cas opérables et inopérables.

L'indication opératoire sera fournie par l'état des parties molles et des tissus lymphatiques de la région et du voisinage, la propagation au squelette ne paraissant en aucun cas être une contre-indication.

Les contre-indications seront établies en tenant compte de :

L'âge du malade.

La dégénérescence étendue et diffuse des parties molles.

L'envahissement des ganglions et troncs lymphatiques des régions périphériques.

L'intervention large du côté du squelette et des parties molles est indispensable pour éviter la récurrence. Cette intervention devra consister en des résections et non des grattages ni des évidements. Quelques cas heureux constituent un encouragement à l'intervention.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON M.

Vu, bon à imprimer :
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

- D. Mollière. Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
- M. Pollosson. Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Croix-Rousse et à l'Hôtel-Dieu de Lyon (1893).
- Ledran. Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, t. III, p. 1.
- Alibert. Nosographie naturelle.
- Bayle et Cayol. Dict. des Sc. méd., 1818, art. Cancer.
- Lebert. Du cancroïde et du cancer de la peau (Mém. Soc. chirurgie).
- D^r Vigier. Des adénites géniennes. Thèse de Lyon (1893).
- D^r Martin. Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur (1893).
- Cartier. Étude sur les résections du maxillaire supérieur. Thèse de Lyon, 1879.
- Peillon. Du cancroïde des lèvres et de son traitement. Thèse de Lyon, 1879.
- Roy. Prothèse immédiate et tardive dans les résections du maxillaire inférieur, Thèse de Paris, 1894.

Vautrin. De la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur. (Revue médicale de l'Est, 15 août 1893.)

Dupuytren. Leçons de clinique chirurgicale, t. II, p. 442

Virchow. Pathologie des tumeurs.

Roux. Sur l'opérabilité du cancer. (Semaine méd., 8 mai 1895.

Lagoutte. Des épithéliomas de la peau de la face. (Lyon médical n° 43 à 49, 1894.)

TABLE

PRÉFACE	5
CHAPITRE PREMIER. — Notions générales sur les épithéliomas de la face. Etiologie. Anatomie pathologique. Evolution. Propagation au tissu osseux.	7
CHAPITRE II. — Indications et contre-indications de l'inter- vention chirurgicale. -- Manuel opératoire.	18
CHAPITRE III. — Suites immédiates. — Résultats éloignés. .	32
CHAPITRE IV. — Observations	42
CONCLUSIONS.	59
BIBLIOGRAPHIE	61

